

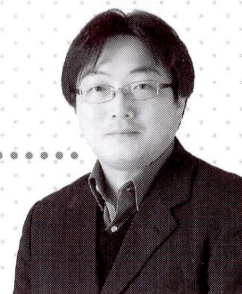
在宅療養支援病院のある地域に学ぶ 在宅医療拡充のヒント

2008年度の診療報酬改定で新設された在宅療養支援病院制度は、2010年度の改定で「半径4km」規定が撤廃されたことで、その役割が大いに期待されています。在宅療養支援病院の在宅療養支援のノウハウは、ほかの病院にとっても参考となります。そこで、在宅療養支援病院の現状と実際の在宅医療について取り上げました。

在宅療養支援病院の動きに見る 在宅医療充実に向けた 現状と課題

新潟青陵大学 武田誠一

看護福祉心理学部 福祉心理学科 准教授



PROFILE

ただけ のぶかず ◆1999年日本福祉大学卒業後、岐阜勤労者医療協会、白浜医療福祉財団で病院、在宅介護支援センター勤務、新潟青陵大学助手、助教を経て、2011年4月より現職。九州保健福祉大学大学院修了・修士（社会福祉学）、新潟大学大学院修了・修士（医科学）。

専門：医療福祉、ケアマネジメント、専門職連携教育。

資格：社会福祉士、介護支援専門員。

学会：日本社会福祉学会、日本医療・病院管理学会、日本保健医療福祉連携教育学会など。

2010年の診療報酬改定の概要が明らかになったころ、インターネットやブログなどで医療関係者の「在宅療養支援病院」（以下、支援病）の要件緩和に対する関心や期待を示す書き込みを見かけた。それらの書き込みは、筆者も同様であったが、期待よりむしろ驚きの方が大きかったように思う。それは、これまで「支援病」届け出の大きな関門であった「半径4km以内に診療所が存在しない」という地理的要件の大幅な緩和が行われたからである。

「支援病」とは

2008年の診療報酬改定で新設された「支援病」は、「在宅療養支援診療所」（以下、支援診）の機能を補完することが目的であった。

ご存じのように、「支援診」は2006年の診療報酬改定で在宅医療推進の中核として誕生した。国が目標とした「全国で1万カ所」には到達したが、その後の報告で、「支援診」の活動実態を示す在宅での看取り数は大きくは伸びず、「支援診」の多くが十分に機能していないことが明らかになった。

筆者が行った新潟県での調査でも、在宅医療への取り組みを強化したいと「支援診」の届け出を行ったが、十分に機能していない実態が明らかになった。ところで、この調査でもう一点明らかになったことは、「支援診」が都市部に集中し、郡部が手薄になっているという地域間の偏在である。この「支援診」が存在しない地域での在宅医療を担う目的で、2008年に「支援病」が誕生することになった。

そのため、2008年当時の施設基準では、「保険医療機関である病院であって、当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないものであること」という地理的要件が備わっていた。

このような地理的要件が課された経緯は興味深い。そもそも、「支援病」

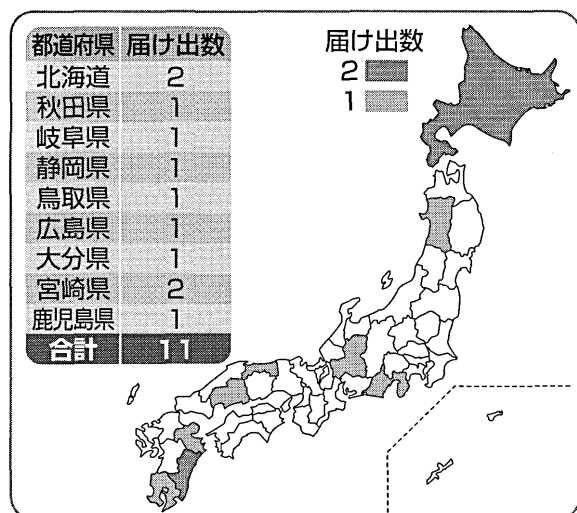


図1 2009年4月1日時点の届け出数

は在宅療養を支援する診療所がない地域で、在宅療養の主たる担い手が病院である場合に診療報酬上で高く評価できる仕組みであるため、限定的なものと考えられていた。なお、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の論議では、在宅療養の担い手はあくまで「支援診」であって、仮に基準を緩和して多くの「支援病」を認めると、患者の囲い込みが起こるのではないかとの懸念があり、結果として「半径4km」という地理的要件を課す形でスタートした。

●限られた存在であった「支援病」

筆者の調査では、「支援病」の数は、2008年10月時点で9道県10病院、その後も増加は見られず2009年4月時点の届け出状況は、図1が示すとおり9道県11病院であった。この11病院の概要を表1にまとめた。どの病院も地域に密着し医療を提供している中小病院であった。

しかし、筆者が2010年2月に行った調査によると、これらの病院の中には、厳しい要件を満たし「支援病」の届け出を行っても、「支

表1 2009年時点で「支援病」に届け出た病院の概要

病院名	所在地	病床形態	病床数	病床の内訳			
				一般	療養	介護	精神
A	北海道	精神	120	-	-	-	120
B	北海道	一般+療養+介護	64	34	6	24	-
C	秋田県	一般	140	140	-	-	-
D	岐阜県	一般+療養	56	34	22	-	-
E	静岡県	療養	85	-	85	-	-
F	鳥取県	一般	99	99	-	-	-
G	広島県	一般	44	44	-	-	-
H	大分県	一般+療養	136	90	46	-	-
I	宮崎県	一般+療養	57	24	33	-	-
J	宮崎県	療養	80	-	80	-	-
K	鹿児島県	療養	55	-	55	-	-

※精神＝精神病床、一般＝一般病床、療養＝療養病床（医療保険）、介護＝介護療養型医療施設（介護保険）

援病」として訪問診療を行った実績がない所も存在するなど、病院間に取り組みの温度差が見られた。これは、各病院の在宅医療への姿勢の問題というより、「支援病」がほぼ過疎地域など医療資源の乏しい地域に存在するため、十分な訪問診療を行えるだけのマンパワーが不足しているという側面が大きかった。

このように、「支援病」は在宅療養に力を発揮している病院を高く評価する仕組みとして導入されたが、地理的要件から極めて限定的な役割しか果たせていない状況にあった。このような現状に対して筆者は、「半径4km以内に診療所が存在しない」という地理的要件は再検討が必要であると指摘し、少なくとも「半径4km以内に支援診が存在しない」という緩和が必要であると述べてきた。

●「支援病」の方針転換

そのような中、2010年の診療報酬改定論議において、「支援病」の基準緩和も論議の対象となった。この論議では、「在宅療養は診療所、病院と分け隔てなく意欲がある医療機関が担える制度でなくてはならない」とされ、「半径4km以内に診療所が存在しない」

都道府県	届け出数	都道府県	届け出数	都道府県	届け出数	都道府県	届け出数	都道府県	届け出数
北海道	16	千葉県	11	愛知県	18	広島県	13	宮崎県	5
青森県	2	東京都	11	三重県	3	山口県	3	鹿児島県	17
岩手県	0	神奈川県	8	滋賀県	3	徳島県	6	沖縄県	3
宮城県	4	新潟県	4	京都府	10	香川県	6	合計	333
秋田県	2	富山県	3	大阪府	24	愛媛県	4		
山形県	2	石川県	9	兵庫県	26	高知県	5		
福島県	3	福井県	7	奈良県	2	福岡県	15		
茨城県	5	山梨県	3	和歌山県	2	佐賀県	5		
栃木県	1	長野県	6	鳥取県	1	長崎県	8		
群馬県	6	岐阜県	4	島根県	2	熊本県	8		
埼玉県	15	静岡県	5	岡山県	12	大分県	5		

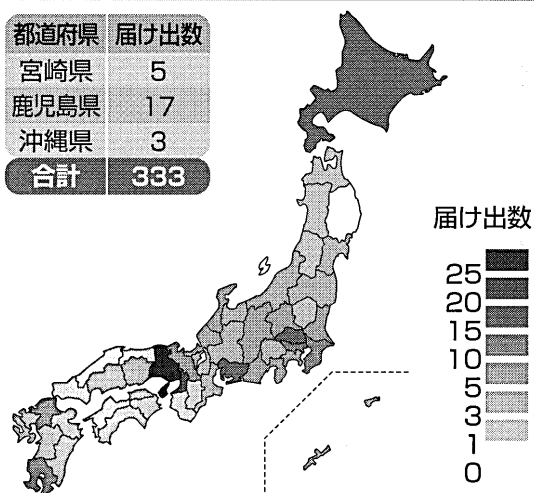


図2 2010年7月1日時点の届け出数

という要件の緩和が打ち出された。

そして、2010年の診療報酬改定によって、「支援病」の届け出に関する施設基準に「許可病床数が200床未満の病院であること、又は」という文言が追加され、実質的に200床未満の病院であれば届け出が可能となったのである。

「支援病」の急増

さて、この緩和を受けて全国の多くの200床未満の病院が「支援病」の届け出を行うことになった。2010年7月時点では333カ所と、診療報酬改定前の30倍以上に増加しており、それ以後も増加傾向にある（図2）。

届け出病院の特徴

新たに誕生した「支援病」の特徴としては、ケアミックス型の病院が154カ所と最も多く、全体の46%を占めている。次に、一般病床のみの一般型が120カ所（36%）、療養病床のみの療養型が55カ所（17%）と続き、最後に精神科病床のみの精神科型が4カ所（1%）となっている。全体の病床数の平均は98床であるが、分類ごとに分析すると（表2）、ケアミックス型の平均病床数はほかの分類に比べて多くなっている。

これは、ケアミックスの性質上、一般病床

と療養病床の両方を抱えているからだと言える。しかし、今回の届け出増加は「許可病床数が200床未満の病院」という要件緩和によるものであることを考えると、ケアミックス型病院に比べて、一般型、療養型の病院の平均病床数が有意に低い理由は、一般型、療養型問わず病床規模の小さな病院が「支援病」に大きな関心を持っていたことを示していると言える。

同時に「在総医管」にも届け出る

また、届出数（図3）を見ると2010年4月に集中しており、その後は10～20カ所で推移している。さらに、多くの病院が「支援病」の届け出と同時に「在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等医学総合管理料」（以下、在総医管）の届け出も行っていることが特徴と言える。

ご存じのように、「在総医管」は訪問診療の代表的な診療報酬であり、在宅医療を提供している病院であれば既に届け出が行われているはずである。なお、「在総医管」は「支援病」の要件緩和以前から、「許可病床数が200床未満の病院」にも届け出が認められている。

つまりこのことから、2010年4月以降急増した「支援病」には、これまで本格的に在宅医療に取り組んでいなかったところが多い

表2 届け出病院の分類別平均病床数

分類	平均病床数（床）
ケアミックス型	117
一般型	84
療養型	72
精神科型	163
全体	98

ことが見えてくる。

この実態についての評価は分かれるところであるが、筆者は、積極的、肯定的に評価したいと思う。それは、「許可病床数が200床未満の病院」という中小病院が、地域において在宅療養支援を担っていこうと大きく舵を切ったと言えるからである。これまでも中小病院は地域の特性、住民のニーズに対応して、地域住民が安心して暮らせる医療資源を提供してきた。それは、地域に必要な病床があるという形で実現してきたが、今日では在宅医療・介護を推進する社会保障制度の中において、病院であっても在宅における療養生活に責任を果たすことが求められているからである。

●「支援病」届け出のハードルとは

さて、「支援病」は新たに300カ所以上が誕生したわけであるが、先に触れたように「在総医管」は以前より200床未満の病院にも認められており、その意味で言えば病院であっても訪問診療を行ってきた病院は多数存在している。そのため筆者は、「支援病」の要件緩和が打ち出された後の2010年3～4月にかけて「在総医管」の届け出病院に対して、「支援病」届け出の意向を確認する調査を実施した。

2010年1月時点で、「在総医管」届け出病院は1,108カ所あり、アンケートの回収率は29.9%であった。そのうち、137カ所（41.4%）が「支援病」の届け出を行わないと回答した。その理由としては、「24時間往診が可能な体制

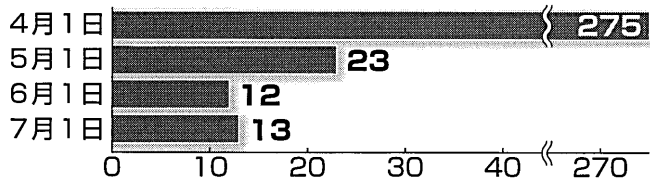


図3 届出数の推移 (2010年4～7月)

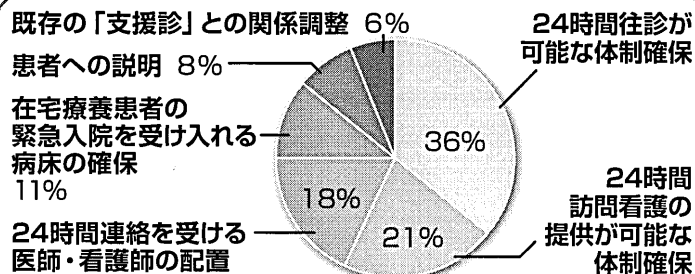


図4 届け出検討時の課題 (全体)

確保が難しい」(38%)、「24時間訪問看護の提供が可能な体制確保が難しい」(20%)、「24時間連絡を受ける医師または看護師の配置が難しい」(20%)、「在宅療養患者の緊急入院を受け入れる病床確保が難しい」(12%)、「在宅医療以外の医療サービスを運営（経営）の中心としているため」(10%)となっている。このように、24時間の体制を確保できないことが、届け出を断念した大きな理由となっていた。また、このことは届け出の意向を持っている病院を含めた回答においても上位を占めていた（図4）。

●他院・他施設との連携

実際に「支援病」として活動する場合に、届け出の際に懸念されていた24時間体制の確保以上に問題となるのは、他院・他施設との連携である。

24時間体制は患者・家族にとって安心感を与える反面、病院にとって負担が大きく見えがちであるが、この点については「支援診」での実践に学ぶところが大きいのではないだろうか。つまり、症状について予測される状

支援病が司令塔となり、在宅療養生活の全般を見通す役割を果たす。

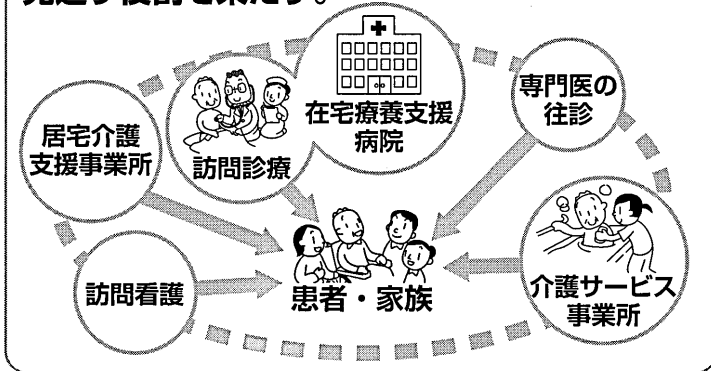


図5 支援病のマネジメント体制

態やそれへの対処などを患者・家族に十分説明することで、夜間の往診などはある程度コントロールできるであろう。それよりむしろ、病院が在宅医としてターミナルなどの在宅患者を受け持つため、患者にかかわっているさまざまな施設・機関の状況を把握し、マネジメントすることが求められる（図5）。

「支援病」として患者の在宅療養を支えるためには、疾患により異なる部分があるが、多くの場合、介護保険制度の活用が予想される。そのため、「居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）」との連携は大きな課題である。しかし、ケアマネジャーの中には医療機関との連携に不慣れな人もおり、意思疎通に時間がかかる場合もある。「お医者さんは敷居が高くて…」とよく言われるが、これに関しては双方の意識改革が必要である。

また、同時に病院組織として連携窓口を明確化させておかなくてはならない。近年、医療連携が進んだこともあり、多くの病院に医療相談室、地域医療連携室などが開設されているが、これは主に病診連携、病病連携を意図しているため、患者をいかにスムーズにバトンタッチするかに力点が置かれている。

しかし「支援病」では、引き続き患者の在宅という場でかかわり続ける点が大きく異なる

部分でもある。そのためにも「在総医管」の施設基準で求められている「介護支援専門員（ケアマネジャー）、社会福祉士等の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者」の配置は「等」を根拠に事務職員の配置で済ませることなく、専門知識を持つ職員の配置が望ましい。これらの調整担当者の活躍により病院内・外の情報を集約し、患者の支援に必要な調整が図られる。

今後の課題と「支援病」のありかた

最後に、今後の「支援病」について検討したい。現在は、「支援病」の要件が緩和されたことで量的拡大が起こっている時期であると言える。また、当初懸念された患者の囲い込みも見られない。それは、逆にとらえると、在宅療養支援の医療資源はまだ不十分な状態であると言える。在宅療養の担い手は「支援診療」「支援病」の両輪であり、特に「支援病」は病院という組織、機能を活かした活動が期待されている。

参考文献

- 1) 武田誠一：新潟県における「在宅療養支援診療所」の診療実態からみる「地域ケア体制整備」の課題，最新社会福祉学研究，4，P.123～132，2009。
- 2) 読売新聞：在宅で看取り2万7000人 過去1年本社集計 支援診療所3割が「ゼロ」，2007年10月27日朝刊。
- 3) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 第108回診療報酬基本問題小委員会（2007年11月9日）議事録，2007。
- 4) 厚生労働省：中央社会保険医療協議会 第146回診療報酬基本問題小委員会（2009年11月11日）議事録，2009。
- 5) 武田誠一：地域における「在宅療養支援病院」の役割，最新社会福祉学研究，5，P.85～91，2010。
- 6) 武田誠一：「在宅療養支援診療所」が偏在する地域におけるケア体制の課題，学術研究振興資金（若手研究者奨励金）学術研究報告，日本私立学校振興・共済事業団，2010。
- 7) 武田誠一：「在宅療養支援病院」が地域において果たす役割と課題—2010年診療報酬改定前の状況，新潟青陵学会誌，Vol.3，No.2，P.39～43，2011。